

## Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego stomatologicznego w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na:

- badaniu tak/nie\*
- udzieleniu porady lekarskiej tak/nie\*
- leczeniu stomatologicznym zęba tak/nie\*
- wykonaniu znieczulenia tak/nie\*
- wykonaniu rtg zęba tak/nie\*
- czynnościach technicznych w zakresie ortodoncji tak/nie\*
- wydanie dokumentacji medycznej pacjenta tak/nie\*
- na udzielenie w/w opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. tak/nie\*

W dniu .....dla .....  
(data usługi medycznej) (imię i nazwisko małoletniego pacjenta, data urodzenia lub PESEL)  
w obecności opiekuna faktycznego

.....  
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, data urodzenia lub PESEL i Nr dokumentu tożsamości)

.....  
miejsowość, data, czytelny  
podpis osoby składającej  
oświadczenie

.....  
podpis opiekuna faktycznego

- \*zaznaczyć właściwą odpowiedź